N° 15

UN CAS D'ÉRYTHÈME POLYMORPHE INFECTIEUX GRAVE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de médecine de Montpellier

le 15 février 1890

PAR

Gaudens-Charles FARAUT

Né à l'Escarène (Alpes-Maritimes)

Médecin de la Marine

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

MONTPELLIER

IMPRIMERIE SERRE ET RICOME, RUE VIEILLE-INTENDANCE, 5

1890

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. CASTAN, Doyen.
BERTIN-SANS, Assesseur.

Professeurs.

	Messieurs :
Médecine légale et toxicologie.	JAUMES.
Clinique chirurgicale.	DUBRUEIL ✻
Chimie médicale et Pharmacie.	ENGEL.
Id. Ville (Ch. de c.)	
Hygiène.	BERTIN-SANS.
Clinique médicale.	CASTAN.
Clinique médicale.	GRASSET.
Physiologie.	LANNEGRACE.
Clinique chirurgicale.	TÉDENAT.
Clinique obst. et gynécol.	GRYNFELTT.
Opérations et appareils.	CHALOT.
Anat. pathol. et histol.	KIENER ✻.
Thérap. et Matière médicale.	HAMELIN ✻.
Anatomie.	PAULET (O. ✻ ✠).
Pathologie interne.	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses.	MAIRET.
Botan. et Hist. Nat. méd.	GRANEL.
Physique médicale.	IMBERT.
Pathologie externe. (ch. de c.)	FORGUE.

Doyen honoraire: M. BENOIT (O. ✻ ✠).
Prof. honor. M. DUPRÉ (O. ✻ C. ✠),

Chargés de Cours de Cliniques annexes:

Clinique des maladies des vieillards. MM. MOSSÉ (✻), agrégé.
Clinique ophthalmologique..... TRUC, agrégé.
Clinique des maladies des enfants.. BAUMEL, agrégé.
Clinique des mal. syphilit. et cutan. BROUSSE, *agrégé.*

Agrégés en Exercice

Messieurs :	Messieurs :	Messieurs
DE GIRARD.	GERBAUD.	ESTOR.
BLAISE.	GILIS.	HÉDON.
BAUMEL.	BOINET.	LECERCLE.
VILLE.	BROUSSE.	
FORGUE.	SARDA.	
TRUC.		

M. H. GOT, Secrétaire.
M. F.-J. BLAISE, Secrétaire honoraire.

Examinateurs de la Thèse:

MM. JAUMES, *président.*
GRASSET, *professeur.*
BROUSSE, *agrégé.*
SARDA, *agrégé.*

La Faculté de médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA FIANCÉE

A la mémoire de mon **PÈRE** et de ma **MÈRE**

A MES PARENTS

A MES AMIS

FARAUT.

A Monsieur LUCAS

Directeur du service de santé du port de Brest

A mon Président de Thèse

Monsieur le Docteur JAUMES

Professeur de médecine légale et de toxicologie

FARAUT.

INTRODUCTION

Pendant notre séjour à l'Hôpital maritime de Brest, nous avons eu l'occasion d'observer un cas d'érythème polymorphe généralisé. Un grand nombre de mémoires, quelques-uns des maîtres les plus autorisés, ont essayé d'éclaircir la question toujours controversée de la nature et l'origine de cette dermatose ; pour la solution du problème, on voit maintenant en présence les deux grands courants qui dominent de nos jours de plus en plus, l'étiologie générale des maladies, les diathèses et les états infectieux, l'arthritisme et le microbe. Actuellement donc, les dermatologistes se partagent en deux classes : les uns faisant de l'érythème exsudatif multiforme un simple symptôme du rhumatisme; les autres considérant l'exanthème comme une maladie essentielle, comme une variété de fièvre éruptive, s'accompagnant de douleurs articulaires rhumatoïdes, de pneumonie, de pleurésie, d'endocardite, en un mot, des diverses localisations des fièvres infectieuses.

Notre intention n'est pas de faire une étude complète de l'érythème polymorphe ; nous voulons simplement soumettre à nos examinateurs le cas d'un malade atteint de la maladie d'Hébra, ainsi que l'on désigne quelquefois l'affection dont cet éminent dermatologiste a, le premier, donné une description magistrale.

Arrivé à Brest, au mois de décembre 1889, nous avons pu suivre attentivement les dernières phases de la maladie ; nous avons pu compléter notre observation, grâce à l'obligeance du Dr Auvray, médecin de 1re classe de la marine, médecin traitant de la salle dans laquelle se trouvait notre malade.

Nous regrettons de n'avoir pas pu nous procurer d'autres observations qui auraient rendu notre travail plus intéressant et plus concluant.

DIVISION

Nous partageons notre ouvrage en quatre parties :

Dans la première partie, nous exposerons, sans grands développements, l'historique, la définition avec la description des manifestations cutanées, et la pathogénie de l'érythème polymorphe.

Dans la deuxième partie, nous relaterons l'observation clinique et nous examinerons les diverses complications qui se sont produites dans le cours de la maladie.

Dans la troisième partie, nous examinerons le diagnostic, l'étiologie et le traitement.

Dans la quatrième partie, nous donnerons les conclusions.

UN CAS

D'ÉRYTHÈME POLYMORPHE

INFECTIEUX GRAVE

HISTORIQUE

Sous la dénomination d'érythème polymorphe ou plutôt d'érythème exsudatif multiforme, Hébra, professeur à l'école de Vienne, a réuni un certain nombre de formes éruptives considérées comme autant de maladies différentes. Avant lui, en effet, les dermatologistes, peut-être parce qu'ils n'avaient observé de telles éruptions qu'à une certaine période, les rapportaient à des dermatoses à signification voisine, mais cependant distincte, et à étiologie pathogénique supposée différente. Ainsi Willan, d'Edimbourg, et ses disciples, décrivaient, comme autant d'entités différentes : l'érythème papuleux, tuberculeux, noueux, annulaire, iris, gyraté.

Hébra, prenant pour base le caractère commun d'un grand nombre de ces manifestations cutanées érythémateuses, l'hyperémie avec exsudation, et sans se préoccuper de la variété

de leurs aspects morphologiques, fit une entité morbide de toutes ces formes, qui ne sont, pour lui, que les différents stades d'une même maladie. Cependant, voyant que la variété noueuse s'accompagnait le plus souvent de phénomènes généraux et spécialement de douleurs dans les membres, il la décrivit à part.

Cette affection nouvelle, de prime abord bien limitée et toute spéciale, fut immédiatement admise par la majorité des dermatologistes ; elle se trouva bientôt un champ ouvert aux controverses doctrinales les plus disparates. D'abord simple manifestation cutanée du rhumatisme, l'érythème polymorphe devient une angionévrose avec Lewin, une maladie infectieuse analogue aux fièvres éruptives avec Hardy et Hutchinson. Cette dernière théorie a été formulée en termes explicites par M. de Molènes-Mahon, dans sa thèse dont le titre dit assez l'idée dominante : «Contribution à l'étude des maladies infectieuses : de l'érythème polymorphe.»

«L'érythème polymorphe, dit-il, est une affection infectieuse, une fièvre éruptive franche, dont le microbe est encore inconnu.» Depuis lors, de nombreux travaux sont venus à l'appui de cette assertion, et récemment, M. Haushalter, de Nancy, a découvert dans les efflorescences cutanées et dans l'urine un microorganisme qu'il considère comme le microbe de l'érythème polymorphe. Le même microorganisme, comme nous le verrons dans la pathogénie, a pu être isolé et même cultivé en Allemagne et en France.

DÉFINITION.— MANIFESTATIONS CUTANÉES.— FORMES.

On distingue deux sortes d'érythèmes polymorphes :

1° Une primitive, idiopathique, évoluant sans se rattacher à une affection antérieure ou concomitante ;

2° Une secondaire, symptomatique, apparaissant dans le cours d'une maladie telle que le choléra, le rhumatisme, la fièvre typhoïde et la blennorrhagie.

Notre observation se rattachant à la première forme, nous pensons qu'il est bon d'en donner une description succincte.

L'érythème polymorphe essentiel est une maladie infectieuse, consistant soit en macules rouges, pour la plupart distinctes, soit en papules élevées et incolores, en tubercules, ou bien encore en larges plaques saillantes formées par leur agglomération. Hardy désigne, sous ce nom, un genre de maladies de peau, caractérisé par une ou plusieurs taches de dimensions variables, faisant peu ou point de saillie, d'une coloration rouge ou rose, susceptible de disparaître par la pression et se terminant soit par résolution, soit par desquamation épidermique, soit même par une exsudation superficielle.

Cette affection, remarquable par la multiplicité de ses formes, s'accompagne ou non de phénomènes généraux, et peut prendre, dans quelques cas, tous les caractères d'une affection grave ataxo-adynamique. Il existe donc deux formes cliniques de l'érythème polymorphe : l'une bénigne, évoluant simplement

sans phénomènes généraux ni troubles fonctionnels ; l'autre grave, pouvant présenter tout l'aspect et les complications des formes sérieuses des fièvres éruptives et pouvant, comme elles, entraîner la mort. Dans l'une et l'autre forme, les efflorescences cutanées sont semblables, typiques et font leur évolution d'une façon identique; mais, dans les cas bénins, il n'y a ni fièvre, ni douleurs, ni troubles fonctionnels d'aucune sorte : aussi, n'ayant vu que des cas semblables, Hébra et Kaposi ont-ils pu avancer, en décrivant l'E. polymorphe, que cette éruption n'entraîne «après elle ni complications ni suites »graves : on n'observe des symptômes fébriles et des phéno»mènes concomitants que dans des cas exceptionnels, notam»ment alors que l'affection occupe de larges espaces de la »peau, ou qu'elle l'envahit toute entière.»

Les érythèmes généralisés, à forme typhoïde, ne seraient pas rares, et de M. Molènes-Mahon avance même que certaines dothiénentéries, avec exanthèmes multiples, ne seraient que des variétés graves d'E. polymorphe. Le malade dont l'observation fait le sujet de notre travail inaugural a présenté des symptômes typhiques ; mais par ses caractères, son début et son évolution, l'exanthème a pu être reconnu, spécifié, au milieu des complication les plus variées.

La maladie d'Hébra se présente sous trois types principaux, admis par tous les auteurs :

L'érythème papuleux.

L'érythème noueux.

L'érythème vésiculeux.

Voici comment l'illustre médecin de Vienne décrit l'aspect des différentes lésions cutanées et leur transformation l'une dans l'autre :

«L'efflorescence consiste en papules ou tubercules aplatis,

d'une teinte bleue sombre ou rouge-brun, dont la grosseur varie de celle d'une lentille à celle d'une fève. Leur nombre n'est pas le même dans les différents cas. La peau, immédiatement adjacente, est rouge lors de leur apparition ; mais cette coloration tient simplement à l'injection vasculaire, persiste peu de temps, disparaissant au plus tard dans l'espace de vingt-quatre heures. Quand elle cesse ainsi, cette rougeur hypérémique ne laisse après elle aucune pigmentation, et les papules et les tubercules, qui sont d'un rouge sombre, deviennent encore plus facilement visibles qu'ils ne l'étaient auparavant.

»Dans les cas les plus légers, les papules ou tubercules (correspondant à l'*E. papulatum* et à l'*E. tuberculatum)* persistent seulement pendant quelques jours. Ils surviennent aux doigts et ressemblent alors beaucoup aux engelures, et ils ne laissent après leur disparition qu'un léger dépôt pigmentaire.

»Si la maladie persiste longtemps, les tubercules s'aplatissent, leur coloration rouge s'étend aux parties adjacentes de la peau et disparaît du centre. Un cercle rouge se forme ainsi autour de chaque papule ou tubercule.

»Cette modification constitue l'*E. annulare.*

»D'autres, fois cependant, le centre de cet anneau est indiqué par une plus petite papule, ou bien encore un second anneau peut se développer autour du premier et à une petite distance ; ainsi, on observe soit un petit anneau avec une papule à son centre, soit deux cercles concentriques. Ces efflorescences caractérisent l'*E. iris.*

»Dans quelques cas, l'affection arrive à son terme après avoir subi ces transformations. Sa durée alors est très courte ; la rougeur des anneaux disparaît successivement et en laissant seulement, après sa disparition, une légère pigmentation.

»Dans d'autres circonstances, cependant, les cercles formés par les tubercules que j'ai décrits plus haut ne blanchissent,

ni ne s'effacent aussi rapidement, mais s'étendent d'abord par leur périphérie. Ainsi, les différents anneaux, primitivement isolés, se rapprochent les uns des autres, se touchent, et en dernier lieu se confondent. De cette manière, il se forme des lignes sinueuses, résultant de la réunion des segments de plusieurs anneaux, et c'est à cette efflorescence qu'on a donné le nom d'*E. gyratum seu marginatum.* Après un intervalle de temps plus ou moins long, ces anneaux cessent enfin de s'étendre, leur coloration rouge diminue graduellement; la maladie se termine sans donner lieu à d'autres changements pathologiques, et elle est suivie d'une desquamation et d'un dépôt pigmentaire peu prononcés.

»Il résulte donc de la description précédente que l'*E. papulatum* représente la phase la plus légère, et l'*E. gyratum* le degré le plus élevé dans le développement de cette affection.

»Ainsi, suivant l'époque à laquelle le même malade sera soumis à l'observation médicale, on pourra diagnostiquer soit un *E. papulatum*, soit un *E. annulare*, soit un *E. gyratum*. Il est facile de comprendre comment les dermatologistes qui ont observé de tels cas, seulement à certaines périodes, avaient supposé qu'ils se rapportaient à des espèces différentes, tandis que, quand on les étudie cliniquement, on doit adopter ma manière de voir, c'est-à-dire être convaincus qu'ils sont identiques.

»Dans quelques circonstances, on voit apparaître simultanément, avec cette forme d'érythème, des éruptions de diverse nature, avec la seule différence qu'elles sont vésiculeuses. Elles ont été, en conséquence, classées par Willan sous le nom d'Herpès. Il est toutefois impossible de ne pas admettre que l'*Herpès iris* et l'*Herpès circinatus* tiennent aux mêmes causes que l'*E. iris* et l'*E. annulare*, et qu'ils diffèrent seulement, en ce que, dans la première de ces deux maladies, les vésicules qui se développent ont une marche aiguë et rapide, sont

réunies par groupes et autour d'un centre commun. Tous les autres caractères sont les mêmes dans les deux classes, et l'opinion exprimée, il y a longtemps par Rayer, que l'*Erythema iris* et l'*Herpès iris* sont de simples modifictions d'une même maladie, est parfaitement exacte.»

Au début, l'efflorescence est constituée par une très petite tache, pâlissant sous la pression du doigt ; à peine saillante au-dessus de la peau, à périphérie donnant au toucher une sensation légèrement œdémateuse, cette tache constitue alors ce que Kaposi appelait l'érythème lisse. Ces taches ou macules, d'abord très petites et nettement délimitées, s'étendent rapidement, prenant des dimensions très variables pouvant atteindre la largeur d'une pièce de cinq francs , quelquefois même formant de larges placards. Si la rougeur périphérique des macules s'étend régulièrement pendant que le centre se décolore, on a une forme nouvelle, érythème annulaire ; érythème gyraté, quand, par suite de leur extension, les poussées exanthématiques se rapprochent, s'entre-croisent et empiétent les unes sur les autres, décrivent des contours plus ou moins irrégulièrement marqués. Mais l'exsudat augmentant, les macules du début s'infiltrent et deviennent légèrement saillantes, ce sont alors des papules, c'est l'érythème papuleux le plus fréquemment observé ; certaines de ces papules, présentant un degré d'induration plus prononcé, sont désignées sous le nom de tubercules: on a ainsi la variété papulo-tuberculeuse.

Hébra, Kaposi, Lewin admettaient que la forme ultime du processus érythémateux est la vésicule. Sous le nom d'hydroa vésiculeux, vacciniforme, bulleux, Bazin rangeait diverses variétés qui, actuellement, sont reconnues comme correspondant évidemment à l'érythème polymorphe vésiculeux.

Depuis les travaux de MM. Nodet et de Molènes-Mahon, on considère certaines éruptions bulleuses, apparaissant dans

le cours de l'E. généralisé, comme en faisant légitimement partie. M. de Molènes, peut-être par trop exclusif, nie même le pemphigus aigu et en fait une simple phase de l'érythème polymorphe.

Hébra, avons-nous dit au début, décrivait à part la variété noueuse : « Différant des affections que je viens de décrire par sa forme, le volume des tuméfactions qu'elle produit, sa marche et aussi par les symptômes qui l'accompagnent, l'*E. nodosum* doit être décrit comme une maladie indépendante.»

Actuellement, la plupart des auteurs ont adopté l'opinion de MM. Besnier et Doyon, qui font rentrer l'E. noueux dans l'E. polymorphe : « Malgré l'opinion contraire émise par quelques auteurs, l'E. noueux ne constitue qu'une variété de l'E. multiforme; la nodosité elle-même dépend souvent, d'une manière exclusive, du siège de l'érythème aux membres inférieurs et particulièrement aux jambes, où la faculté d'œdématie est portée à un haut degré. Il n'est rien d'aussi ordinaire que de voir l'érythème, assez plat aux membres supérieurs ou autour du genou, devenir tout à fait noueux dans les régions tibiales.»

Ainsi pensent MM. de Molènes-Mahon, Villemin, de Langenhagen; Kaposi avait d'ailleurs déjà déclaré que «l'E. noueux se rattache directement, sous le rapport pathologique, à l'E. multiforme.»

La coexistence possible et même fréquente des deux formes d'érythème, leur nature identique, est un fait maintenant certain.

En résumé, on admet trois phases évolutives de la même éruption :

1° l'E. papulo-noueux.

2° l'E. vésiculeux.

3° l'E. bulleux.

L'affection peut d'ailleurs ne pas aller jusqu'au terme ultime de cette évolution, elle peut en rester à l'un quelconque des degrés ; chez notre malade, dans les différentes poussées, nous n'avons constaté que le type papulo-noueux ; il n'y a jamais eu ni vésicules, ni bulles.

PATHOGÉNIE

L'érythème polymorphe grave n'est-il qu'une dermatite, qu'une hypérémie localisée? N'y a-t-il pas une cause plus générale derrière cet état morbide, qui, tantôt a si peu d'influence sur la santé générale et tantôt s'accompagne d'un cortège de symptômes très graves, se présentant cependant toujours comme une lésion cutanée de faible importance par son étendue, sa profondeur et sa durée? Dans quelle classe doit-on placer l'érythème polymorphe primitif, survenant en dehors de toute évolution pathologique antérieure? La question, longtemps indécise, semble avoir été tranchée par les travaux récents. Dans sa thèse, M. de Molènes-Mahon a réuni les diverses interprétations pathogéniques et les a ramenées à trois principales :

1° L'érythème polymorphe est une dermopathie rhumatismale ;

2° C'est une angionévrose ;

3° C'est une variété de fièvre éruptive, une maladie infectieuse.

I. — DERMAPATHIE RHUMATISMALE

Longtemps en vogue, adoptée surtout en France, cette interprétation faisait des érythèmes généralisés, et surtout de l'érythème papulo-noueux, un symptôme rhumatismal; elle avait pour défenseur, pour soutien, Bazin, qui rangeait les érythèmes parmi les arthritides, faisant de l'E. papuleux une arthritide sèche et érythémateuse, et de

l'E. noueux une arthritide pseudo-exanthématique. En Allemagne, Schönlein décrivait, sous le nom de *péliose rhumatismale*, l'E. noueux déjà connu et étudié en France.

Trousseau, dans une leçon clinique à propos de l'E. noueux, adopte avec quelques réserves la théorie rhumatismale ; mais il est plus affirmatif lorsqu'il parle de l'E. papuleux : «Il est, dit-il, difficile de ne pas voir, dans le cas dont je vous entretiens, la confirmation des doctrines de mon collègue de Saint-Louis, M. Bazin, sur les arthritides. Pour ce judicieux observateur, l'E. papuleux comme l'E. noueux est une arthritide. Différentes quant à la forme, ces deux maladies sont identiques quant au fond, elles dérivent l'une l'autre d'une diathèse commune, l'arthritis.

»Cette doctrine, éminemment médicale, explique chez le même malade, d'une part, les antécédents du rhumatisme, et d'autre part, la coexistence des manifestations cutanées avec les accidents pulmonaires et cardiaques. La maladie de peau est rhumatismale, comme le sont les maladies des articulations, du cœur et des poumons. Au fond, ce n'est donc pas l'E. papuleux qui est grave, c'est la diathèse, dont il n'est que l'expression.»

Cette école n'admet pas seulement la coïncidence de l'érythème et du rhumatisme vrai, elle veut prouver que l'éruption et l'arthrite sont de nature identique et subordonnées, l'une et l'autre, à la diathèse rhumatismale. Comme le rhumatisme, l'E. polymorphe s'accompagne souvent de fièvre, de douleurs articulaires et musculaires ; comme le rhumatisme, il se complique fréquemment de lésions de l'appareil circulatoire et de l'appareil respiratoire. Que penserait-on du médecin qui verrait une simple coïncidence entre l'éruption de la rougeole, l'inflammation des muqueuses oculaire, nasale, laryngo-pharyngée et bronchique ? Qui pourrait croire à une simple succession d'états morbides différents entre l'angine

primordiale, l'éruption de la scarlatine et l'albuminurie consécutive? Faudrait-il n'admettre qu'une simple coïncidence entre le rhumatisme articulaire et l'inflammation des séreuses du cœur? Dès lors, comment peut-on se refuser à admettre que l'E. noueux, survenant chez les sujets prédisposés au rhumatisme, coïncide ou alterne avec des arthrites compliquées d'endocardite, sans que cette éruption ait une connexion intime, une parenté étroite et une identité absolue de nature avec le rhumatisme? D'ailleurs, l'E. noueux se fait par poussées successives, de même que le rhumatisme envahit une à une et successivement les articulations; les premières plaques apparues entrent en résolution quand d'autres surgissent, comme une jointure vivement affectée devient moins douloureuse quand une autre est envahie. L'éruption se fait sur les membres et elle est surtout confluente au niveau des jointures qui sont le siège de prédilection du rhumatisme. Enfin, malgré le volume et la dureté des nouures de l'érythème, ces noyaux ne suppurent pas et, comme les épanchements articulaires du rhumatisme franc, ils entrent en résolution complète.

A ces arguments, qui de prime abord semblent décisifs, nous répondrons avec M. Hardy «que les phénomènes rhumatismaux ne sont pas assez communs et assez constants dans l'évolution de l'érythème polymorphe pour qu'on voie en eux autre chose qu'une complication semblable à celle que l'on rencontre souvent dans la scarlatine; quand il y a coexistence d'érythème polymorphe et de rhumatisme, le premier doit être considéré comme la maladie principale, dont le rhumatisme n'est qu'une complication.»

D'ailleurs, les manifestations douloureuses sont le plus souvent liées à l'apparition de plaques cutanées, qui, siégeant au niveau des jointures, déterminent des douleurs périarticulaires. Les arthropathies peuvent cependant être des arthrites véritables; n'en est-il pas de même dans toutes les maladies infectieuses? Ne voit-on pas se développer dans les affections

les plus diverses, scarlatine, blennorrhagie, syphilis, des inflammations articulaires, séreuses ou même purulentes? Quelle différence y a-t-il entre ces manifestations et celles de l'érythème polymorphe?

Sans contester que certaines éruptions multiformes dépendent du rhumatisme, on ne saurait donc mettre à son actif la généralité des cas d'érythème généralisé primitif; d'autant que les éruptions ne se voient qu'à titre tout à fait exceptionnel au cours de la polyarthrite aiguë de l'affection rhumatismale la plus franchement accusée, donnée qui cadre mal avec la théorie de l'arthritisme. Les arthropathies sont d'ordre infectieux, sont des pseudo-rhumatismes semblables aux déterminations articulaires des maladies infectieuses, dont M. Bouchard a dit :

« Il est des maladies auxquelles on a donné le nom de rhumatisme et qui ont reçu cette appellation parce qu'elles comptent l'arthrite au nombre de leurs manifestations. Mais de même que le refroidissement, que la fluxion, que la douleur, que la soudaineté des phénomènes fluxionnaires ne caractérisent pas essentiellement ce qui est rhumatismal, de même l'arthrite n'est pas caractéristique du rhumatisme. Cela ne fait pas de doute pour l'arthrite traumatique, c'est également admis pour l'arthrite scrofuleuse, syphilitique, goutteuse, pour celles de l'infection purulente ou de la morve. C'est vrai également pour d'autres arthropathies solitaires ou multiples, pour les pseudo-rhumatismes de l'érysipèle, de la dysenterie, des angines, de certaines bronchites purulentes, de la scarlatine, de la variole et pour ces autres pseudo-rhumatismes essentiellement différents les uns des autres, qu'on a indûment réunis sous le nom de rhumatisme génital (blennorrhagie, cathétérisme, dysménorrhée, grossesse, allaitement). Au cours de ces états divers, morbides, accidentels ou physiologiques, le rhumatisme vrai peut se développer. Théoriquement, ce n'est

pas impossible ; effectivement, c'est infiniment rare. Le rhumatisme faux, l'arthrite secondaire, le pseudo-rhumatisme est incomparablement plus fréquent. On objecte toujours que, au cours de ces pseudo-rhumatismes, il n'est pas rare de voir survenir d'autres inflammations des membranes séreuses, des pleurésies, des péricardites, des endocardites ; et on veut y voir un caractère qui obligerait à y reconnaître la nature rhumatismale.

»Mais dans la morve aussi et dans l'infection purulente, on voit coexister les inflammations des grandes séreuses, à côté des inflammations articulaires. La production de déterminations à la fois sur les séreuses et sur les jointures n'appartient donc pas exclusivement au rhumatisme. C'est, je puis le dire, un caractère commun d'un grand nombre de maladies infectieuses, et c'est par le procédé de l'infection que se forment, à titre de foyers secondaires, ces pleurésies, ces péricardites, ces arthrites des maladies infectieuses. Or, la plupart des maladies qui se compliquent de pseudo-rhumatismes sont des maladies infectieuses, depuis l'érysipèle jusqu'aux maladies puerpérales, en passant par la dysenterie, par les angines, y compris l'amygdalite aiguë, par la scarlatine, la variole, la blennorrhagie.»

Dans le cas que nous présentons, rien n'indique la nature rhumatismale. Quand des fluxions articulaires se sont produites, elles n'ont paru que dans le cours de l'éruption, passagères, sans aucun caractère de généralisation ; elles disparaissaient rapidement avant la fin des manifestations cutanées. Il n'existe, d'ailleurs, chez notre malade, aucun antécédent rhumatismal, ni personnel, ni héréditaire.

II.— ANGIONÉVROSE

Formulée en premier lieu par Köbner, cette théorie a été soutenue surtout par Lewin ; sous ce nom, il comprend toutes les maladies dont les symptômes communs sont produits par une altération du tonus vasculaire des nerfs régulateurs. La dilatation des vaisseaux n'est pas un acte passif, mais s'exerce sous la direction de ganglions nerveux existant autour et dans la paroi des vaisseaux ; elle est aussi sous la dépendance d'un grand nombre de centres vaso-moteurs siégeant dans la moelle allongée, ainsi que la substance grise de l'axe spinal. Le professeur de Berlin admet donc deux catégories d'angionévroses, selon que les nerfs vaso-dilatateurs ou vaso-constricteurs sont atteints. L'érythème polymorphe serait dû à l'atonie des nerfs vaso-constricteurs et cette angionévrose serait mise en jeu par des causes multiples ; toutes les conditions capables d'amoindrir l'énergie des vaso-moteurs pourraient la produire : agents mécaniques, pression, choc ; émotions morales, impressions sensitives, froid ; causes centrales, hémorrhagies cérébrales, tumeurs diverses, ataxie locomotrice, etc. Les centres vaso-moteurs seraient surtout influencés par les actions chimiques, résultant des produits introduits dans le sang qui les transporterait vers les centres. Les agents chimiques, comme les contages virulents et les miasmes des maladies infectieuses, agiraient par l'intermédiaire du sang, allant irriter les centres vaso-moteurs.

Un certain nombre de dermatologistes, partisans de cette doctrine, admettent, en outre, que l'érythème polymorphe est quelquefois déterminé par une irritation fonctionnelle du grand sympathique. Le stimulus morbide s'exercerait, selon les cas,

soit sur les ganglions périvasculaires, soit plus profondément sur les centres nerveux.

Ainsi que l'a dit Rosemberg, cette théorie, facilement soutenable, ne résout pas la question ; on peut admettre que les causes capables de provoquer l'érythème agissent par l'entremise du système vaso-moteur, mais il ne faut voir là qu'un phénomène banal, toutes les maladies quelles qu'elles soient pouvant s'expliquer de cette façon.

III.— THÉORIE INFECTIEUSE

Comme nous l'avons déjà dit, cette théorie, émise d'abord par Hutchinson, en Angleterre, a été brillamment développée et soutenue par M. de Molènes-Mahon, qui affirme la présence d'un microbe particulier, bien que n'ayant pas encore pu le constater lui-même. Aurait-on ajouté foi, il y a quelques années à peine, au caractère infectieux des arthropathies blennorrhagiques et dysentériques? Cependant il est maintenant admis que le rhumatisme blennorrhagique n'est pas un acte réflexe, mais est dû à la généralisation de l'infection blennorrhagique, puisqu'on a découvert des gonocoques dans l'épanchement articulaire. De même le micro-parasite de la dysenterie a été signalé dernièrement par MM. Chantemesse et Vidal. Le rhumatisme aigu lui-même serait de nature infectieuse. Pour Klebs et Hueter, en effet, les lésions articulaires, les inflammations des séreuses sont le résultat de la fixation, dans les tissus qui vont devenir malades, d'agents phlogogènes organisés, de véritables ferments figurés, de monades.

Pour l'explication de la théorie infectieuse, nous nous trouvons en présence de deux opinions.

Pour l'une, l'érythème polymorphe serait un processus

morbide, occasionné par les substances toxiques élaborées dans l'organisme par divers microbes pathogènes.

Pour l'autre, l'E. polymorphe est dû à un microbe spécial, connu maintenant sous le nom de bacille d'Haushalter.

Pour les partisans de la première opinion, il n'y a pas d'érythème exsudatif multiforme idiopathique : tous, ils sont symptomatiques d'états infectieux divers. Les microbes, agents pathogènes de ces infections, n'agiraient pas localement en se multipliant dans le derme, mais agiraient vraisemblablement par les subtances toxiques qu'ils élaborent dans l'organisme. Or, ces substances sont nombreuses et variées : «l'acide carbonique, le gaz des marais, l'hydrogène, l'acide sulfhydrique, l'ammoniaque, les ammoniaques composées, les acides gras volatils, les alcaloïdes, l'indol, le phénol, le scatol, etc., tout ce qu'il faut pour empoisonner.» (Bouchard, Auto-intoxications dans les maladies).

Tous ces produits plus ou moins toxiques élaborés par les microorganismes, habitant normalement diverses parties de l'organisme, sont évacués continuellement par les émonctoires et ne produisent par suite aucune réaction exsudative. Mais, si pour une raison quelconque, les émonctoires fonctionnent mal ou insuffisamment, les substances s'accumulent dans le sang et peuvent occasionner des érythèmes polymorphes. Or c'est surtout au surmenage qu'un groupe d'auteurs veut rapporter le processus morbide ; chez un individu soumis à des fatigues répétées, la nutrition se fait d'une manière anormale ; les déchets de la combustion organique s'accumulent dans l'économie et finissent par produire une véritable intoxication. Par suite, parfois sous l'influence des moindres excès fonctionnels, certains individus, surtout les lymphatiques et les arthritiques, seraient atteints, en dehors de toute influence diathésique, de lésions morbides qui, à un examen superficiel,

ressemblent aux formes atténuées du rhumatisme, mais en diffèrent par la prédominance des manifestations cutanées. C'est dans cet ordre de faits que rentrent la majorité des cas des soi-disant rhumatismes subaigus; ce sont des cas de pseudo-rhumatisme ou rhumatisme secondaire qui a été défini par Homolle (*in* Dict. Jaccoud) :

«Tout rhumatisme qui se produit chez un sujet manifestement prédisposé ou indemne d'antécédents diathésiques, sous l'influence d'un état morbide préexistant ou de certains états physiologiques qui ont pour effet de modifier temporairement l'équilibre de la nutrition et des fonctions nerveuses.»

Donc pas de microbe spécifique, mais microbes divers pouvant dans certaines circonstances déterminer des érythèmes multiples, comparables ou analogues aux érythèmes produits par des microbes dont l'action est connue. Il faut évidemment tenir compte des réactions multiples qui se passent dans l'organisme, ainsi que de la réceptivité individuelle, la provocation bacillaire étant impuissante par elle seule à reproduire la maladie sans le concours d'un terrain nutritif.

Pour les partisans de la deuxième opinion, il y a, en outre des divers érythèmes symptomatiques de différents microbes, un érythème polymorphe infectieux caractérisé par un bacille particulier, dont la multiplication dans l'organisme détermine les diverses complications. Les efflorescences sont dues à des embolies parasitaires, à des colonies microbiennes apportées directement par le sang dans les téguments : le microbe exerce son action sur certains points de la peau, et non immédiatement par l'intermédiaire du système nerveux ; aussi a-t-on pu, à plusieurs reprises, le trouver dans les lésions cutanées. Les frissons, le malaise, les douleurs vagues du début indiquent bien l'éruption du principe virulent ; sa dissémination amène les diverses localisations viscérales et la souffrance de tout l'organisme.

Il nous reste à parler du parasite, du microbe caractéristique de l'érythème polymorphe infectieux.

M. le professeur Spillmann, de la Faculté de Nancy, avait signalé dans le sang la sérosité des bulles et l'urine, la présence de microorganismes spéciaux en bâtonnets très courts, «des spores mobiles et arrondies, ordinairement réunies par deux ou par trois, de façon à former des bâtonnets noueux.»

D'autres recherches, faites dans le même sens, n'avaient pas donné de résultats précis encore, lorsque, dans un cas d'érythème papulo-vésiculeux, M. Haushalter trouva, dans la sérosité des vésicules et dans l'urine, un microbe spécial qu'il décrit ainsi : «microcoques arrondis, mesurant huit dixièmes »de μ à un μ, très rarement isolés, ordinairement réunis deux »par deux ou en chaînettes, animés par un mouvement d'os»cillation sur eux-mêmes et de progression.» Chez un autre malade atteint de pemphigus, il retrouva le même microbe, qu'il put cultiver : ayant fait des inoculations avec des fragments de colonies à des cobayes, elles furent sans conséquence sur quelques-uns, mais sur d'autres, elles déterminèrent la mort au bout de dix heures ; des cultures avec le sang de ces derniers cobayes ont reproduit les mêmes colonies composées des mêmes microcoques. «Pouvons-nous conclure que le microorganisme que nous avons cultivé soit l'agent infectieux de la fièvre exanthématique? Nous l'avons retiré par la culture des efflorescences cutanées et de l'urine des malades ; mais nos essais de culture avec le sang ont été infructueux, ce qui peut s'expliquer par ce fait que l'exanthème est la localisation du parasite sous la peau, tandis que le sang ne lui sert que de véhicule momentané. D'un autre côté, nos essais d'inoculation n'ont pu reproduire, chez l'animal, d'éruption analogue à celle de l'érythème multiforme ; mais cet insuccès ne pourrait suffire pour affirmer que le microcoque que nous avons isolé n'est pas l'agent virulent de la maladie ; car il est avéré que

bien des maladies de l'homme peuvent ne pas atteindre l'animal.

Dans quatre cas d'érythème que M. Mansurow, de Moscou *(Mémoires de dermatologie et de syphiligraphie)*, a examinés au point de vue bactériologique, il a trouvé dans le sang et la peau, d'une façon constante, un microorganisme spécial. «Entre les corpuscules sanguins, on voit, dit-il, quelques spores de 1 à 20 μ; dans les coupes de la peau, à un grossissement de 435 diamètres, on trouve de nombreux petits filaments de 1 à 3 μ de diamètre, de longueur variable, formant des réseaux comprenant les spores libres dans leurs mailles. Les spores sont animés de mouvements lents à la température ordinaire, mais très manifestes quand on chauffe. Il n'a fait aucune expérience de culture et d'inoculation.

Dans la *Revue des sciences médicales*, nous voyons que Demme, un Allemand, a observé, chez des enfants, cinq cas d'érythème noueux avec purpura, dont deux furent suivis de gangrène de la peau ; ces cinq enfants, dont trois étaient frères et sœur, étaient assez chétifs et vivaient dans de déplorables conditions hygiéniques. La maladie, caractérisée par des phénomènes généraux assez sérieux : vomissements, délire, fièvre, etc., rappelait tout à fait le début des maladies infectieuses ; l'éruption était constituée par des plaques d'érythème noueux qui, vers le 5^{e} et 6^{e} jour, s'accompagnèrent de purpura. Les conditions dans lesquelles les enfants étaient tombés malades, l'apparition successive de cet érythème chez trois frères et sœur firent penser qu'il s'agissait d'une variété d'érythème infectieux et contagieux. Cette présomption clinique se trouva, en effet, vérifiée par des recherches microscopiques et bactériologiques. Tandis que l'examen du sang était absolument négatif, Demme constata au contraire, dans le suc des noyaux érythémateux, la présence de deux variétés distinctes de microorganismes ; l'un était un micrococcus, se

présentant sous forme de diplococcus, de monococcus ou encore de zooglées; l'autre était un bâtonnet long de 2 μ à 2,5 et large de 0μ4 à 0μ7. Leur développement était rapide, surtout sur l'agar-agar ou sur le sérum sanguin du mouton; seul le micrococcus se développait également sur la gélatine, mais d'une façon remarquable; contrairement au staphyococcus pyogenes aureus, avec lequel, morphologiquement, il avait beaucoup de ressemblance, il ne liquéfiait pas la gélatine. D'autre part, les inoculations faites au lapin, au cobaye, au chien avec les cultures des micrococcus restèrent sans résultat appréciable, tandis que les cultures de bacille inoculées, soit directement dans le tissu cellulaire sous-cutané, soit sur la peau préalablement scarifiée, déterminèrent l'apparition de noyaux érythémateux qui s'accompagnèrent de gangrène consécutive de la peau à leur niveau. Il s'agirait donc réellement d'une affection primitive, indépendante des érythèmes noueux secondaires que l'on voit apparaître dans le cours d'autres maladies telles que fièvre typhoïde, rhumatisme articulaire aigu, etc.

Dans les *Annales de dermatologie*, de 1888, MM. Simon et Legrain ont publié le résultat de leurs recherches; ils ont pu recueillir dans le sang et isoler par culture deux microbes: l'un blanc, l'autre jaune qui se rapproche du micrococcus pyogenes aureus, mais qui en diffère cependant par sa mobilité plus grande et surtout son absence d'action pathogène; il serait possible que le microbe blanc fût, en réalité, l'agent pathogène de l'érythème. Il détermine chez les souris une véritable septicémie, sans lésions locales, qui les tue en cinq ou six jours.

De ces divers travaux, il résulte que si l'on n'est pas complètement fixé sur l'agent infectieux qui engendre l'érythème polymorphe, on admet pourtant l'existence constante d'un

microbe blanc, microbe caractérisé par M. Haushalter et qui a été isolé aussi par Demme et Legrain.

OBSERVATION

Erythème papulo-noueux avec arthropathies et complications pulmonaires, cardiaques et albumiuurie.

X... Charles, 23 ans, jeune soldat au 19me de ligne, en garnison à Brest, entre le 11 novembre 1889 à l'hôpital maritime pour « érythème polymorphe généralisé.»

Le malade fait remonter son affection à un mois environ; se trouvant de faction, par une nuit orageuse et pluvieuse, il ressentit quelques frissons, un vague malaise, une douleur ou plutôt une sensation de pesanteur dans le côté gauche de la poitrine. La courbature ayant augmenté, ainsi que la douleur dans le côté, il se présenta, le lendemain, à la visite du médecin-major qui le fit entrer à l'infirmerie régimentaire pour « point de côté». Trois jours après survint, brusquement, une éruption généralisée de plaques rougeâtres plus accentuées aux cuisses et à l'abdomen; au-devant des jambes, à la partie interne des deux genoux, apparurent des tumeurs dures au toucher et variant, comme volume, de la grosseur d'un petit pois à celle d'une noisette; ces tumeurs étaient douloureuses à la pression; mais les autres plaques ne causaient ni douleur, ni démangeaisons, elles devenaient plus saillantes et plus colorées par la chaleur du lit. La douleur thoracique avait disparu pendant l'éruption qui s'évanouit complètement, mais graduellement, au bout de trois semaines, sauf cependant quelques petites taches aux cuisses et au bas-ventre. Comme traitement, poudre d'amidon sur l'exanthème. Une nouvelle éruption généralisée s'étant montrée huit jours

après, sans cause manifestement appréciable, en même temps qu'un léger mouvement fébrile, détermina l'envoi de X... à l'hôpital.

Antécédents héréditaires : la mère est morte il y a plusieurs années. X... ignore la cause du décès ; le père, robuste cultivateur, vit encore et n'a jamais été malade.

Antécédents personnels : jeune homme lymphatique, mais de bonne constitution ; a eu la rougeole à l'âge de 10 ans, et, tout récemment, trois atteintes de gale et une légère conjonctivite avec un peu de blépharite ; bonne dentition, pas d'engorgement ganglionnaire ; pas d'antécédents syphilitiques ou rhumatismaux ; pas d'excès alcooliques. Du 11 au 15 novembre, X... est traité dans le service des affections cutanées ; il prend quelques bains émollients et savonneux ; puis survient une vive douleur dans la région cardiaque, empêchant le sommeil, en même temps qu'une grande faiblesse générale et des douleurs vagues dans les jambes et les bras, sans gonflement articulaire ; la température continuant à s'élever, X... est évacué sur un service de fiévreux.

17 novembre. T. M. 36° ; S. 39°. Bouillon et lait. Sulfate de soude 30 gr. Lotions boriquées tièdes, puis saupoudrer l'exanthème avec :

Poudre d'amidon.....	100 gr.
Acide borique.....	15 —
Salicylate de bismuth.....	4 —

Vésicatoire à la région cardiaque.

Cet homme, malade depuis trois semaines environ, présente sur les membres, le tronc et le cuir chevelu, des plaques d'un rouge vineux, élevées, nettement délimitées, laissant entre elles des parties de peau saine ; aux genoux, nodosités peu nombreuses, très douloureuses rien que par la pression des couvertures. Pas de vésicules, ni bulles. Aucune douleur

ni démangeaison sur les plaques. Le malade se plaint aussi de douleurs au niveau des articulations du coude et du poignet; on constate un peu de gonflement de ces articulations douloureuses. A l'auscultation, on perçoit un souffle au premier temps et à la pointe, souffle qui a son maximum vers la partie médiane. La température est élevée. Le malade a un peu de dyspnée; à la percussion, on constate de la matité sur le bord interne de l'omoplate droite.

18. T. M. 39°3; S. 40°. P. 100. R. 34. Trois selles liquides. Bouillon, lait avec deux verres d'eau de Vichy, potion avec :

Rhum	80 gr.
Teinture de canelle	4 —
Sirop d'écorce d'orange	30 —
Eau	60 —

Etat général mauvais: abattement considérable, stupeur, rêvasseries.

19. T. M. 39°2 ; S. 40°2. P. 98. R. 34. Sulfate de quinine 0,75. Potion avec 2 gr. d'iodure de potassium dans du lait.

20. T. M. 39°2; S. 39°9. P. 94. R. 34. Sulfate de quinine 0,75. Augmentation des vibrations; à l'auscultation, on constate des râles crépitants fins et un souffle limité au bord axillaire de l'omoplate; la respiration est soufflante dans toute l'étendue du poumon; le malade se sent beaucoup mieux.

21. T. M. 38°8 ; S. 40°.

22. T. M. 38°7 ; S. 40°.

Bouillon, lait avec eau de Vichy, potion au rhum et iodure de potassium 3 gr.

Badigeonnage à la teinture d'iode sur la région cardiaque.

A l'auscultation, on n'entend plus de râles crépitants ; on

constate ce matin un peu d'œdème des membres inférieurs. Céphalalgie persistante, sommeil agité.

23. T. M. 38°9 ; S. 39°8. Deux selles dans les 24 heures, œdème plus marqué des membres inférieurs.

Bouillon, lait avec eau de Vichy ; potions avec :

	Rhum	80 gr.
	Salicylate de soude	4 gr.
Et :	Iodure de potassium	3 gr.
	Bromure de potassium	2 gr.

24. T. M. 38°2 ; S. 39°6. Urines 700 c. c. légèrement albumineuses ; trois selles pâteuses.

25. T. M. 38°5 ; S. 39°. Urines 750 c. c. Trois selles pâteuses, lait avec lactose 50 gr. Six paquets avec :

Charbon de Belloc	10 gr.
Magnésie calcinée	1 gr.
Salicylate de bismuth	2 gr.

26. T. M. 38°7 ; S. 39°. Urines 800 c. c. non albumineuses ; le souffle cardiaque a beaucoup diminué.

27. T. M. 39° ; S. 39°3. Urines 700 c. c. contenant une grande quantité de phosphates ammoniaco-magnésiens et de carbonates ; quatre selles liquides.

28. T. M. 38° ; S. 39°. Dix selles liquides dans les 24 heures ; urines 700 c. c.

29. T. M. 38°4 ; S. 39°3. La matité précordiale descend à 3 ou 4 centimètres au-dessous de la pointe du cœur ; un peu d'épanchement dans le péricarde. Les bruits sont éloignés, le premier temps est encore soufflant. Quelques quintes de toux, crachats spumeux. Urines 650 c. c.

Lait avec lactose 100 gr. Potion avec :

Kermès	0 30
Teinture d'eucalyptus	6 gr.
Sirop d'opium	30 gr.

30. T. M. 38°4; S. 39°6.

1er décembre. T. M. 38°6; S. 39°3. Urines 500 c. c. A l'auscultation, on constate la présence d'une grande quantité de râles muqueux ; à gauche et en arrière, voix de polichinelle.

2. T. M. 38°8; S. 39°3.

3. T. M. 39°3; S. 39°.

Nouvelle poussée d'érythème sur le dos des mains, plus confluente aux avant-bras et sur le tronc ; elle est constituée par des papules saillantes, rougeâtres, entourées d'un cercle hypérémique de couleur plus claire. Quelques taches éruptives sur la face dorsale des doigts qui sont gonflés, déformés et douloureux. A la partie interne des jambes, quelques tubercules et quelques nodosités de la largeur d'une pièce de 1 fr., à rebords nettement délimités et saillants, et offrant une certaine symétrie. L'éruption n'est pas douloureuse spontanément et peu douloureuse à la pression ; les articulations du genou, de l'épaule sont douloureuses ; léger gonflement, pas de rougeur.

4. T. M. 39°4 ; S. 39. Urines 400 c.c.

Bouillon, lait avec lactose 100 gr. Potions kermétisée et iodurée.

Ventre ballonné, douloureux à la pression, langue saburrale. Administration de 25 gr. d'eau-de-vie allemande.

5. T. M. 37°8 ; S. 39°3. Urines 500 c. c. Six selles liquides. Le malade a rendu trois lombrics cette nuit. Santonine 0,60.

6. T. M. 38°4; S. 39°. Urines 900 c. c. Quatre selles ; le malade a encore rendu trois lombrics.

7. T. M. 39° ; S. 39°6. Urines 800 c. c.

8. T. M. 38°6; S. 39°6. Urines 700 c. c. ; la pointe du cœur est douloureuse ; on trouve à l'auscultation un bruit de souffle très léger ; potion avec teinture de digitale XX gouttes.

L'exanthème s'est affaissé et décoloré en grande partie ; aux avant-bras, encore quelques taches éruptives ; taches pigmen-

taires foncées ; desquamation furfuracée. A la partie antéro-interne des deux jambes, crasse épidermique jaunâtre ; à la palpation, on sent de petites indurations disséminées irrégulièrement dans le tissu cellulaire.

9. T. M. 38°8 ; S. 39°6.

10. T. M. 39° ; S. 39°4.

11. T. M. 39° ; S. 38°5. Quatre selles liquides dans les 24 heures ; dyspnée ; ventouses sèches à la base des poumons. Potion avec teinture de digitale XV gouttes ; bouillon, jus de viande, vin blanc et café noir.

12. T. M. 37°2 ; S. 38°8. Urines 1100 c. c.

13. T. M. 38° ; S. 38°8. Le malade respire beaucoup mieux ; l'état général est bien amélioré ; potion kermétisée. Citrate de caféine 1 gr. ; eau de Vichy, bière et vin blanc.

14. T. M. 37°9 ; S. 38°7. L'amélioration générale persiste, mais il y a dans les poumons de nombreux râles sous-crépitants fins et du souffle vers le tiers inférieur.

16. T. M. 38°5 ; S. 38°. Le malade a peu de fièvre ; les battements du cœur sont très énergiques.

Pendant quelques jours, la fièvre se maintient avec de légers augments le soir ; néanmoins, l'état général persiste à être satisfaisant.

25. T. M. 37°5 ; S. 37°6. Trois selles liquides. La diurèse commence à être plus abondante ; les urines sont beaucoup moins chargées. La sueur se rétablit.

28. T. M. 37°5 ; S. 38°4. Le malade se plaint de douleurs dans la région ombilicale ; le ventre est ballonné. Huile de ricin 30 gr.

1er janvier 1890. T. M. 37°5 ; S. 38°.

Eruption polymorphe très intense sur les membres supérieurs et inférieurs ; quelques taches discrètes sur le tronc et la face dorsale des doigts et des orteils, manquant complètement sur le ventre, les organes génitaux et autour du bassin,

ainsi qu'à la face plantaire des pieds et à la face palmaire des mains. Les plaques sont d'aspects différents : aux avant-bras, simples taches érythémateuses disparaissant par la pression, au milieu de papules plus ou moins saillantes, mais sans saillie bien nette et sans bords bien accusés, n'affectant entre elles aucun groupement systématique. La coloration est variable, généralement à peine rosée ; quelques-unes, érythémateuses au centre, sont plus pâles à la périphérie ; d'autres offrent un centre à peine teinté avec cercle rougeâtre décroissant vers la périphérie. Il n'y a ni vésicules, ni bulles.

Aux membres inférieurs, les taches sont plus irrégulières, plus larges et plus colorées; à la partie antérieure et interne de la jambe, nodosités typiques d'érythème noueux. Ces nodosités peu nombreuses, de différents volumes, sont peu ou point douloureuses à la pression, mais elles s'accompagnent de prurit peu marqué et de légers picotements. Les autres ne sont nullement prurigineuses ; pas de douleur spontanée et à la pression.

900 c. c. d'urines troubles, D= 1030; réaction légèrement acide; acide urique 0,70 c. c.; pas de sucre; quelques cellules épithéliales et quelques tubes graisseux ; pas de globules de pus.

2 janvier. T. M. 38°; S. 38°5. Urines 950 c.c.

Le malade accuse des tiraillements dans la région cardiaque; souffle râpeux dans toute l'étendue.

4. T. M. 37°6; S. 38°. Urines 1000 c. c.

L'exanthème pâlit aux membres supérieurs; les nodosités des membres inférieurs sont moins apparentes et moins dures.

L'articulation tibio-tarsienne du côté droit présente un léger gonflement, qui, au dire du malade, aurait coïncidé avec la poussée cutanée ; pas de douleur, les mouvements se font bien.

6. T. M. 37°4; S. 37°6. Urines 1350 c. c., claires, ne donnant

qu'un très petit dépôt. Le bruit cardiaque est moins intense, encore quelques picotements.

8. T. M. 37°5; S. 37°6. Urines 1400 c. c.

Il ne reste de l'exanthème que quelques traces bleuâtres, surtout aux jambes. A la palpation, on sent de petites indurations irrégulières dans toute l'étendue des avant-bras.

15. Etat général très bon ; le malade s'est levé une grande partie de la journée. Le pied droit est toujours un peu gonflé, pas de rougeur. Urines 1500 c. c., ne présentant aucune altération.

A partir de ce jour, l'amélioration s'est continuée, il ne s'est plus produit aucune manifestation cutanée.

Une chose qui nous frappe avant tout dans notre observation, c'est que jamais, dans les diverses poussées aiguës, l'érythème polymorphe ne s'est montré avec toutes les variétés que nous lui connaissons: papules, nodosités, vésicules et bulles. Pour M. Hardy, l'ensemble de ces lésions exsudatives constitue comme une chaîne non interrompue dont l'érythème simple formerait un chaînon extrême, tandis que le pemphigus serait à l'autre bout. Mais nous savons qu'il n'y a aucune maladie infectieuse qui arrive toujours à son plein développement, qui présente toujours une marche typique et qui offre toujours les mêmes complications. Les symptômes ne se groupent pas dans chaque cas de manière à donner le tableau exact de telle ou telle maladie infectieuse; mais il y a par contre, habituellement, un ensemble symptomatique qui indique nettement qu'il s'agit d'une affection de ce genre. Toutes les maladies infectieuses ont des formes abortives, des formes frustres ; on sait, par exemple, qu'il y a des formes de typhus abdominal, qui ne sont reconnues comme telles qu'après la mort, celle-ci étant survenue à la suite d'une perforation intestinale ou d'une complication. La manifestation cutanée dans la scarlatine se borne parfois à une

seule tache qui disparaît au bout de quelques heures ; le diagnostic de la scarlatine repose, dans ce cas, sur d'autres symptômes. Entre les formes typiques et les formes légères des diverses maladies infectieuses, il y a donc toute une série de cas intermédiaires. Dans le cas présent, les symptômes, les manifestations cutanées indiquent bien que nous avons été en présence d'un érythème polymorphe grave, mais ayant simplement présenté la forme papuleuse avec ses divers degrés : macule, papule, tubercule et nodosités.

Avant d'aborder le diagnostic, il nous paraît utile de revenir, avec quelques détails, sur les différentes manifestations cutanées et viscérales qui se sont produites durant l'évolution de la maladie,

EFFLORESCENCE

La maladie exsudative, avons-nous dit, n'a pas passé par toutes ses phases ; mais, à chaque éruption, on a constaté la forme papuleuse avec toutes ses variétés. L'érythème noueux ne s'est pas spécialement localisé à la partie antéro-interne des jambes et des genoux ; nous avons pu constater par nous-même, dans la dernière poussée, quelques nodosités, de volume variable, à la partie antérieure des avant-bras, aux environs des articulations du coude : ces indurations ont été plus nombreuses et plus persistantes à l'avant-bras gauche. Rouge intense, même violacée au début, l'efflorescence était moins colorée dans les dernières manifestations, peut-être par suite de l'état d'anémie dans lequel se trouvait le malade, ou peut-être encore sous l'influence de la médication à l'iodure de potassium, que M. Villemin considère comme le spécifique de l'érythème exsudatif multiforme. Au début, l'exanthème

était généralisé dans toute l'acception du mot; mais, dans les dernières phases, il se montrait plus confluent et presque spécialement dans ses lieux d'élection, qui, pour Lewin, sont là où des os longs sont recouverts de gaînes tendineuses et de masses musculaires peu épaisses. Comme l'ont signalé les divers auteurs, il y a toujours eu absence complète de plaques à la main, sur la face palmaire, et au pied, sur la face plantaire; pour M. Fabre, de Commentry, cette absence ne serait qu'apparente, les lésions étant peu visibles sous l'épaisse couche épidermique de ces régions. D'un autre côté, d'après M. Renaut, professeur à la Faculté de Lyon, si l'éruption se voit le plus souvent sur la face dorsale des pieds et des mains, c'est qu'on la voit mieux en cet endroit, la disposition des vaisseaux en cônes vasculaires terminés du côté de la peau par des aires est d'autant plus marquée dans les régions dépourvues de papilles, qu'à ce niveau le réseau planiforme est peu développé.

L'efflorescence ne s'est jamais accompagnée de douleur spontanée, ni de vives démangeaisons ; à peine quelques picotements, une légère sensation de chaleur dans les régions envahies par les papules. La forme noueuse, qu'on appelle encore dermatite contusiforme ou urticaire tubéreuse, fort douloureuse dans les premières poussées, a été absolument indolore dans les dernières, au point que le malade ne se doutait nullement de la présence de ces indurations siégeant aux membres inférieurs.

La durée de chaque manifestation, en particulier, est difficile à déterminer, les diverses poussées ayant été pour ainsi dire subintrantes : les taches pigmentaires laissées par les premières papules étaient encore visibles, que de nouvelles plaques érythémateuses se montraient déjà. Cependant l'hypérémie du début s'effaçait au bout de deux ou trois jours, laissant une coloration bleuâtre ou jaunâtre qui disparaissait

de jour en jour en se décolorant graduellement. Les dermatologistes ne s'accordent pas sur la durée moyenne d'une éruption exsudative : sans compter que la maladie n'évolue pas toujours forcément en parcourant les diverses phases qui vont de la simple macule à la bulle pemphigoïde, elle varie encore suivant l'état constitutionnel, suivant le terrain plus ou moins favorable à la réceptivité de l'agent pathogène. Cependant on admet généralement une durée moyenne de trois semaines. Kaposi dit qu'« exceptionnellement, l'érythème peut persister plusieurs mois et plus d'une année, mais il s'agit dès lors d'une série d'éruptions successives, chaque éruption conservant toujours une marche aiguë. »

Chez notre sujet, la première manifestation cutanée a eu lieu en octobre ; depuis lors, plusieurs poussées sont survenues à intervalles plus ou moins rapprochés. L'observation ne porte que quatre éruptions, mais elles ont été plus nombreuses ; on ne les a pas notées, alors que la gravité de l'état général faisait des taches érythémateuses, des lésions tout à fait négligeables.

Il n'y a pas eu de desquamation proprement dite ; mais aux jambes et aux avant-bras principalement, après l'efflorescence, se formait une crasse jaunâtre composée de cellules épidermiques; ces furfurs se trouvaient sur les lésions cutanées comme sur les espaces de peau saine.

Les auteurs signalent quelques cas dans lesquels la desquamation se serait faite par larges lambeaux, comme dans la scarlatine.

COMPLICATIONS

Comme dans toutes les fièvres infectieuses, dans l'érythème polymorphe, on trouve une maladie simultanée d'un grand nombre d'organes.

Dans notre cas, fréquentes ont été les complications, qu'il serait plus exact de désigner par le terme de *localisations*, ainsi que le disent MM. Besnier et Doyon : « A la manière des exanthèmes vrais, les pseudo-exanthèmes (l'E. exsudatif multiforme en constitue un type achevé) ont des localisations extra-cutanées, au nombre desquelles les déterminations sur les séreuses viscérales et articulaires sont des moins rares et des plus remarquables : elles participent, les unes et les autres, du caractère éphémère, superficiel et résolutif des manifestations cutanées, ce qui est une preuve de plus de leur identité de nature.

« Complication » veut dire concours de choses différentes ; par conséquent, nous ne saurions voir dans les localisations pouvant être de même nature que l'affection principale des complications au sens rigoureux du mot ; les affections, que l'on dénomme, à titre brut, endocardite, méningite, pleurésie, pneumonie, présentent de très nombreuses variétés que les caractères objectifs ne permettent pas de discerner en clinique et qui ne peuvent être appréciées, la vie durant, que par l'analyse. »

Pour certains auteurs, ces lésions extra-cutanées sont dues à l'hypoglobulie ; mais ils est plus vraisemblable qu'elles se rapportent à des efflorescences viscérales produites par la migration de l'agent pathogène dans l'organisme et par sa fixation dans les différents appareils : les endocardites, les pleurésies, etc., ne sont que des poussées érythémateuses survenant sur les séreuses.

Chez notre malade, les localisations ont été nombreuses et variées :

Arthropathies.

Endocardite, péricardite.

Bronchite.

Pleurésie, pneumonie.
Néphrite, albuminurie.
Troubles gastriques.

Les lésions articulaires ont siégé principalement sur les grandes articulations : coude, épaule, genou. Mais les jointures atteintes n'ont jamais présenté la fluxion blanche caractéristique d'une atteinte de rhumatisme aigu généralisé ; jamais elles n'ont été le siège de douleurs vives, térébrantes ; les mouvements ont toujours été possibles, quoique douloureux. Une des articulations dont le gonflement persiste encore, l'articulation tibio-tarsienne, présente de l'empâtement, de l'œdème périarticulaire ; les mouvements fonctionnels se font bien, le malade se lève, marche une grande partie de la journée sans difficulté ; le soir, seulement, il accuse une certaine gêne dans la jointure, l'empâtement est un peu plus prononcé. L'empâtement siège dans l'articulation et les gaînes tendineuses périarticulaires.

Tous les dermatologistes signalent la fréquence des cardiopathies dans le cours de la maladie exsudative, cardiopathies qui ne se dissiperaient pas toujours dans la convalescence, qui entraîneraient même des lésions valvulaires permanentes. Chez X..., les bruits du cœur ont été altérés à plusieurs reprises, et actuellement encore, quoique en pleine voie de rétablissement, les deux temps ne sont pas encore bien nets, ils sont légèrement éloignés ou voilés et, de temps en temps, le malade accuse de légères douleurs, des picotements dans toute la région cardiaque ; il s'est même plaint de palpitations, survenant par accès, pendant la nuit. Ces palpitations sont-elles d'ordre purement anémique ou sont-elles encore les manifestations d'une lésion organique ? L'interprétation précise nous paraît difficile ; mais il sera plus facile de poser un diagnostic exact, quand un régime réparateur aura triomphé de l'anémie, causée par une longue maladie. Alors,

seulement, on pourra examiner ce jeune soldat au point de vue de la réforme.

Nous n'insisterons pas sur les complications broncho-pulmonaires ; elles se sont toujours dissipées rapidement sous l'influence d'une médication appropriée : révulsifs, ventouses scarifiées, etc., mais elles reparaissaient avec une facilité désespérante. Actuellement, tout symptôme morbide a disparu; seule la laryngite est tenace, la voix est toujours enrouée, couverte, discordante : il existe quelques granulations dans l'arrière-gorge.

Comme complications gastro-intestinales, il y a eu de la diarrhée, du météorisme abdominal avec douleur assez vive au niveau de l'ombilic ; on n'a constaté ni vomissements, ni autres signes pouvant faire croire au développement d'une péritonite localisée.

Les douleurs néphrétiques sont été peu intenses et de peu de durée ; l'albuminurie a été également peu prononcée et passagère, présentant les caractères de l'albuminurie des maladies infectieuses.

Les urines ont toujours présenté un aspect anormal :

V. = depuis 400 c. c. jusqu'à 1200 et 1500 c. c. dans les 24 heures ;

D. = 1030.

Réaction : légèrement acides.

Couleur : rougeâtres.

Transparence : troubles au moment de l'émission, donnant, par le repos, des flocons s'étalant au fond du vase.

L'analyse n'a jamais décelé la moindre trace de sucre, mais des phosphates et des carbonates en quantité, et, dans la dernière poussée, des urates en excès ; pas de pus.

Au microscope, on trouve quelques tubes graisseux et quelques cellules épithéliales.

Au moment des manifestations cutanées, les mictions étaient

peu fréquentes, les urines se décomposaient rapidement, dégageant une odeur infecte. L'amélioration générale se traduisait par des mictions plus abondantes, avec urines claires, de coloration normale, et ne donnant qu'un léger dépôt après un repos prolongé.

Enfin, tandis que dans la fièvre rhumatismale les sueurs sont très abondantes, chez notre malade, il y a eu pendant un certain temps absence complète de sécrétion sudorale.

DIAGNOSTIC

Le grand nombre d'articulations prises en même temps ou consécutivement peut évidemment faire penser à une attaque de rhumatisme aigu généralisé ; mais les manifestations cutanées qui ont précédé la polyarthrite, les localisations pulmonaires qui sont rares dans une première atteinte de fièvre rhumatismale, la gravité des symptômes généraux rappelant tout à fait la marche d'une fièvre infectieuse, rendent beaucoup plus probable l'existence de l'érythème polymorphe.

Quant aux efflorescences qui se sont montrées à diverses reprises, il n'est pas toujours facile de les distinguer de l'urticaire, du purpura et des syphilides. Cependant, ces diverses éruptions peuvent être distinguées, grâce quelquefois à certains symptômes passagers, aux antécédents. Nous allons donc essayer d'en faire le diagnostic différentiel.

L'urticaire se présente sous forme de papules rouges et saillantes au-dessus des parties environnantes ou, plus fréquemment, sous forme de plaques rosées à la périphérie et décolorées au centre ; ces plaques ortiées n'existent à la surface des téguments que pendant un certain temps de la journée et déterminent un prurit intense. L'analogie est surtout frappante avec l'érythème noueux, si bien que Kaposi a pu dire : «Sous le rapport de la spontanéité de leur apparition et de leur complète résorption, les nodosités de l'érythème noueux ne constituent qu'une plaque d'urticaire développée à un plus haut degré d'intensité.» Il est certain que l'œil saisit difficilement une différence entre la papule de l'urticaire et la papule ortiée de

l'érythème polymorphe ; aussi, à l'arrivée du malade, a-t-on cru se trouver en présence d'un cas d'urticaire aigu généralisé. Mais la manifestation de l'urticaire est fugace, mobile, disparaissant sans laisser trace de son passage, tandis que les nodosités, les papules, les tubercules persistent longtemps et ne disparaissent que graduellement, parce que dans le tissu même de la peau et dans le tissu cellulaire sous-cutané, il existe dans l'érythème polymorphe, non seulement une infiltration séreuse, mais encore parfois un exsudat hémorrhagique et même une hémorrhagie capillaire. Enfin, dans la maladie d'Hébra, on constate peu ou point de prurit, tandis que l'urticaire s'accompagne toujours de vives démangeaisons.

Les syphilides, au début de la période secondaire, affectent les formes maculeuses, annulaires, circinées ou marginées, ressemblant fort aux manifestations cutanées de l'érythème polymorphe. Les macules de la maladie d'Hébra sont moins larges, plus saillantes, plus rouges que celles de la roséole qui ont une auréole brune, cuivrée ; leur durée est moins longue, elles s'accompagnent de phénomènes généraux souvent plus prononcés et, au lieu d'occuper le tronc, elles se montrent sur les membres et principalement à leurs extrémités. Dans les formes papuleuses, l'élément érythémateux se réduit sous la pression des doigts, tandis que la syphilide papuleuse est irréductible. L'érythème noueux se distingue par l'apparition brusque, la durée courte qui varie entre quelques jours et quelques semaines ; nous avons vu que la résolution des nodosités se fait parfois rapidement comme avait lieu l'apparition, d'où le nom de *tumeurs fantômes*, que leur donne quelquefois James Paget. Enfin, l'érythème noueux a une dureté moindre, en rapport avec sa nature œdémateuse. Cependant, d'après M. Fournier, certaines nodosités profondes ne s'attestent extérieurement par aucun relief, par aucune rougeur, et le médecin peut les rencontrer

sous sa main, au hasard de l'exploration ou plutôt guidé par la douleur des malades. Ces nouures sont grosses comme un grain de blé, une noisette, un marron, perdues dans le tissu cellulaire, dans l'hypoderme qui leur donne parfois une apparence de fluctuation et ressemblent fort à des gommes sous-cutanées non ulcérées. Ici encore, pour la possibilité du diagnostic, il faut se rappeler que ces nouures durent peu et disparaissent, à la façon des fluxions, par délitescence assez brusque. Enfin, toutes les fois qu'il y a hésitation, il faut aller aux renseignements, s'appuyer sur les commémoratifs, sur les manifestations syphilitiques antérieures ayant laissé des traces.

Quant au purpura, nous ne voulons parler que du purpura infectieux primitif, c'est-à-dire se montrant dans des conditions telles qu'on ne peut le rapporter à aucune maladie zymotique connue, déterminée. D'ordinaire pétéchial, ecchymotique, il peut être même exanthématique ; comme dans l'érythème polymorphe, il y a des phénomènes généraux graves, une fièvre vive, des fluxions articulaires. Mais le purpura s'accompagne particulièrement d'hémorrhagies par les muqueuses, hémorrhagies buccales, melœna, hématurie. Entre l'érythème exsudatif et le purpura, il existe des rapports étroits, démontrés par la coïncidence fréquente des pétéchies et des lésions érythémateuses, par la succession des ecchymoses aux papules, et c'est avec raison, croyons-nous, que beaucoup d'auteurs considèrent les papules circinées ou nummulaires, érythémateuses ou ortiées, les nodosités, les pétéchies et ecchymoses, comme des phénomèmes équivalents, expression d'un même processus morbide.

Disons, en terminant, que l'on a quelquefois observé des nodosités d'origine palustre : l'éruption est alors caractérisée par des nodules ou des plaques arrondies ou ovoïdes, rouge vif ou rouge-jaunâtre, assez douloureuses spontanément et

surtout à la pression, occupant spécialement la partie antérieure des jambes et les avant-bras. Ces lésions, qui n'ont été signalées que chez les enfants, présentent dans leur volume et leur coloration des alternatives d'accroissement et de diminution en rapport avec les périodes de paroxysme et d'apyrexie de la malaria ; ces caractères, ainsi que l'amendement rapide sous l'influence de la quinine, permettent d'en reconnaître facilement la cause.

ÉTIOLOGIE

On admet généralement que l'érythème polymorphe est plus fréquent chez la femme que chez l'homme ; l'adolescence et la jeunesse y seraient plus prédisposées. Hébra a dit : « J'ignore complètement la cause des érythèmes polymorphes. Ils ne sont certainement jamais produits par une irritation locale, et l'on ne connaît aucune maladie, excepté peut-être le choléra, dans le cours de laquelle ils apparaissent régulièrement. »

On fait jouer un grand rôle aux conditions climatériques ; il est certain que les cas d'érythème ont été observés en plus grand nombre dans les saisons pluvieuses, pendant lesquelles, par suite d'une plus grande abondance de liquide dans les tissus, l'organisme offre moins de résistance aux influences nocives extérieures. Brest est, en effet, un des points les plus pluvieux de la Bretagne, où l'année 1889 a été surtout remarquable par la fréquence des pluies et des orages. Mais, tout en tenant compte de l'influence saisonnière, nous admettons, comme cause plus fréquente, la misère organique. L'érythème polymorphe ne se voit guère que chez des individus débilités par l'anémie, la scrofule et la syphilis.

Quoique ayant toutes les apparences d'une bonne santé, notre malade n'en porte pas moins l'empreinte d'une certaine débilitation générale, augmentée par la nostalgie, qu'on rencontre souvent chez le jeune soldat et spécialement chez le marin ou soldat breton.

TRAITEMENT

On a toujours combattu les diverses manifestations par les médications appropriées, c'est-à-dire que le traitement a été surtout symptomatique. Cependant, suivant la méthode prônée par M. Villemin, on a également combattu la cause même de l'infection par l'administration prolongée d'iodure de potassium ; ce médicament lui a donné, à maintes reprises, des résultats si décisifs qu'il n'hésite pas à déclarer que l'iodure de potassium est à l'érythème polymorphe ce que le salicylate de soude est au rhumatisme aigu généralisé.

Dans notre cas, il est bien difficile de démêler s'il a eu une valeur curative quelconque. Comment discerner l'action propre de l'iodure de potassium de l'action des divers médicaments administrés concurremment? Les manifestations cutanées, les complications se sont produites malgré l'administration continue de l'iodure de potassium ; peut-être est-on en droit de lui rapporter le caractère moins aigu des dernières poussées, ainsi que la disparition plus rapide des plaques érythémateuses.

CONCLUSIONS

Après toutes ces considérations, il nous semble logique de terminer notre travail, en disant :

1° Que le malade soumis à notre observation a été atteint d'érythème polymorphe infectieux primitif et non rhumatismal ;

2° Que par son évolution, ses complications cutanées et viscérales, cet érythème exsudatif a rappelé la marche d'une fièvre éruptive, à forme grave ;

3° Que, d'après les travaux récents de MM. Haushalter, Demme, Simon et Legrain, les complications sont dues non à des ptomaïnes sécrétées par des microbes divers, mais à la présence et au développement dans l'économie d'un micro-organisme spécial ;

4° Que le traitement par l'iodure de potassium, considéré comme le spécifique de l'érythème polymorphe par M. Villemin, n'a pas donné, dans notre cas, des résultats probants.

FIN.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 11 février 1890.
P^r le Recteur de l'Académie,
Correspondant de l'Institut.
L'Inspecteur délégué,
J. YON.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 11 février 1890.
Le Doyen,
CASTAN.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

ARNAUD. — De l'érythème polymorphe fébrile à forme grave. Th. de Lyon 1883.

BAZIN. — Affections de nature arthritique et dartreuse.

BOUCHARD. — Maladies par ralentissement de la nutrition.

DHOMONT. — Du rhumatisme polymorphe. Th. Paris 1880.

DUHRING. — Traité des maladies de la peau.

BROCHIN. — Exanthèmes rhumatismaux (Gazette des hôpitaux, 31 janvier 1880).

L. JACQUET. — Erythèmes polymorphes (Gazette des hôpitaux, octobre 1887).

VILLEMIN. — De l'érythème polymorphe: sa nature et son traitement (Gazette hebdomadaire 1886).

GENEIX. — Des éruptions cutanées dans l'infection puerpérale et en particulier de l'érythème polymorphe. Th. de Paris 1883.

HARDY. — Art. *Erythème*, *in* dict. Jaccoud.

HÉBRA. — Traité des maladies de la peau: traduction de MM. Besnier et Doyon.

HOMOLLE. — Art. *Rhumatisme*, *in* dictionnaire de méd. et de chir. pratiques.

KAPOSI. — Leçons sur les maladies de la peau: traduction de MM. Besnier et Doyon.

LANGENHAGEN (de). — De l'érythème polymorphe infectieux. Th. Nancy 1888.

MOLENES-MAHON (de). — Contribution à l'étude des maladies infectieuses, de l'érythème polymorphe. Th. de Paris 1884.

LEGENDRE. — Les érythèmes noueux et papuleux (Union médicale 1883).

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'Exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !